

PROGRAMA DE ASISTENCIA DE SEGURO DE CONNECTICUT PARA PACIENTES CON EL SIDA (CIAPAP)

- ¿Tiene usted o uno de sus dependientes el SIDA o una enfermedades relacionada con el SIDA?
 - ¿Tiene usted seguro de enfermedad a través de su empleo?
- ¿Está usted en peligro de perder su seguro porque hay la posibilidad de ser desempleado?

Si es así, el Programa de Asistencia de Seguro de Connecticut podría ayudarle. Favor de leer la siguiente información para aprender más.

¿Que es el CIAPAP?

Es un programa que ayuda las personas con el SIDA a aprovecharse de una ley federal que permite la extensión de un seguro de enfermedad provisto por el empleador a los empleados que pierden el empleo. Si usted o un dependiente elegible califican, el Departamento de Connecticut de Servicios Sociales puede pagar por los premios del seguro extenso en el compas de las leyes federales y del estado. Usted debe ponerse en acción pronto porque tiene solamente un tiempo limitado para escojer el seguro extenso. Si usted ya está participando en el seguro de enfermedad extenso y califica, el departamento puede empezar a pagar sus premios de seguro de enfermedad.

¿Quién Califica para el Programa de Asistencia de Seguro de Connecticut?

Usted tiene que reunir ciertos requerimientos financieros, medicos y otros, para recibir ayuda con sus premios de su seguro de enfermedad.

Financiero

El ingreso de su familia debe ser menos de las cantidades de las siguientes tablas. El ingreso incluye dinero no ganado (como la compensación de desempleo, Seguro Social para incapacidad o beneficios de jubilación) y dinero ganado (como el salario, propinas y otras compensaciones).

Usted será permitido de hacer deducciones de su ingreso bruto por los costos de los premios de su seguro de enfermedad y sus costos medicos no pagados incurridos solamente durante el mes que usted solicita.

<u>Tamaño de Familia</u>	<u>Limite de Ingreso Mensual</u>
1	\$1,552
2	\$2,082
3	\$2,612
4	\$3,142

Para más información sobre los limites de ingreso para familias más grandes favor de llamar al 1-800-842-1508.

Usted y su familia tienen que tener menos de \$10,000 en bienes contables. Bienes que cuentan hacia el limite de bienes incluyen dinero en efectivo, cuentas bancarias, valores públicos, bonos y indemnización por despido. Su casa no contará como un bien contable.

Requerimientos Medicos

Usted debe ser diagnosticado con el SIDA (Síndrome Inmunodeficiencia Adquirida) por un medico.

Un aplicante debe ser elegible para una extensión de beneficios del seguro de enfermedad provisto por el trabajo que se le ofrece cuando la persona asegurada se queda desempleado.

Como Solicitar

Bajo la ley federal, usted solamente tiene 60 días desde la fecha que su seguro de enfermedad termina o de la fecha que su empleador le da información sobre el seguro de enfermedad extendido, cualquiera sea más tarde, para solicitar para la extensión federal. Bajo la ley del estado, si usted trabaja para un empleador que emplea menos de 20 empleados, solamente tiene 30 días.

Si usted pide a su empleador para la extensión del seguro de enfermedad después de los 30/60 días, podrá ser que usted no califique para este beneficio. Después que usted escoja el seguro extendido, el pago del premio tiene que ser hecho dentro de 45 días, entonces es muy importante que solicite para el Programa de Asistencia de Connecticut lo más pronto posible.

Usted puede solicitar si completa los formularios apegados y si los devuelve al Department of Social Services, **ATTN: Adult Support**, 25 Sigourney Street, Hartford, CT 06106-5033. Si no hay formularios apegados a esta hoja, favor de llamarnos gratis al 1-800-842-1508, y nosotros le enviaremos una aplicación por el correo. Toda la información es completamente confidencial.

Usted debe proveer prueba del ingreso y bienes de su familia. Usted puede apegar toda prueba a esta aplicación; si esta información no es inmediatamente disponible, usted tiene que mandarnos dentro de 10 días. Favor de ver el material apegado para saber que tipo de prueba para su ingreso y bienes puede ser sometido.

Usted debe proveernos prueba que usted califica para el seguro de enfermedad extenso y que usted ha pedido para este seguro. ***Esta prueba puede ser una copia de la nota que le dió su empleador sobre este seguro y una copia de la nota mostrando que usted solicitó para este seguro.*** Si estos no son disponibles, usted puede entregar declaraciones en escrito mostrando esta información. Favor de ver el material apegado para más detalles.

Nosotros le notificaremos por escrito de nuestra decisión sobre su solicitud. Si su solicitud es aprobada, nosotros reexaminaremos su caso en seis meses para ver si usted todavía califica.

¿Cual es la Cantidad de Beneficios Pagados por el Estado?

Si usted califica bajo la ley federal, nosotros podemos pagar su premio de seguro de enfermedad por hasta 18 meses. Si usted solicita para beneficios de incapacidad bajo Seguro Social, y si es determinado que usted es elegible dentro de los primeros sesenta días que cobertura de continuación comienza, usted puede recibir 11 meses más de este seguro para un total de 29 meses.

Bajo la ley del estado, si usted trabajó para un empleador con menos de 20 empleados, el premio del seguro de enfermedad puede ser pagado por hasta 36 meses.

El estado pagará solamente por los premios para la persona que es elegible para este programa. Si el premio del seguro incluye una cantidad para el seguro de la familia, el estado pagará solamente la parte del premio que cubre al individual elegible que tiene el SIDA.

Si usted está descontento con la acción del departamento, tiene el derecho a pedir una apelación de la decisión. Usted puede pedir esta apelación si usted escribe y pide una audiencia. Envíe su petición en escrito a: Office of Legal Counsel, Regulation, and Administrative Hearings, State of Connecticut, Department of Social Services, 25 Sigourney Street, Hartford, CT 06106-5033. También puede llamar al (860) 424-5760 or llamada gratis al 1-800-462-0134 para más información concerniente una audiencia.

Si usted quisiera más información sobre el Programa de Asistencia de Seguro, favor de llamar al 1-800-842-1508.

Los servicios son disponibles a todos los solicitantes y recipientes sin atención a raza, color, sexo, edad, incapacidad mental o física, creencia religiosa, origen nacional, orientación sexual, linaje, impedimento de lenguaje o creencias políticas. Sordos o la gente con deterioros auditivos use un TDD/TTY llamando al 1-800-842-4524. Preguntas, intereses quejas o peticiones para información en formatos alternativos deben ser dirigidas al Gobierno y la Oficina de Relaciones Públicas "Government and Public Relations Office" al (800) 842-1508. El Departamento de Servicios Sociales es un empleador de oportunidad igual y acción afirmativa.



**APLICACION PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA DE SEGURO DE CONNECTICUT
 PARA PACIENTES CON EL SIDA**

(FAVOR DE IMPRIMIR) FAVOR DE COMPLETAR Y DEVOLVER ESTE FORMULARIO A 25 SIGOURNEY STREET, HARTFORD, CT 06106-5033. ATTN: ADULT SUPPORT.

INFORMACION PERSONAL DEL APLICANTE

Apellido _____ Primer Nombre _____ Inicial _____ Sexo: M F
 Núm. de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____
 Núm. de Teléfono _____

Liste todas las personas que viven con usted:

Esposo/a _____ Sus niños bajo la edad de 18 años _____
 Sus Padres (si usted tiene menos de 18 años) _____

Número total de personas incluyendo aplicante _____

INGRESO Y BIENES DE SU FAMILIA

Ingreso mensual de aplicante antes de impuestos después que el empleo termine:

<u>Cantidad</u> <i>(Indique si es Mensual, Semanal o cada dos semanas)</i>	<u>Fuente</u>
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Ingreso mensual antes de los impuestos de familiares listados encima: *(Si es empleado, indique su empleador y dirección bajo fuente)*

<u>Nombre</u>	<u>Cantidad</u>	<u>Fuente</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Ingreso total de familia antes de impuestos _____

Bienes de aplicante y miembros de familia:

	<u>Cantidad</u>	<u>Dueño</u>
En Efectivo		
Cuenta Corriente		
Cuenta de Ahorros		
Valor de Valores Públicos		
Valor de Bonos		
Indemnización por Despido: _____		Bienes Totales: _____

INFORMACION SOBRE EMPLEO

Nombre de empleador presente/último por el cual el aplicante tiene seguro de enfermedad:

Dirección de Empleador _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____

Núm. de Teléfono _____ Fecha de terminación del empleo _____

Persona Empleada _____

INFORMACION SOBRE SEGURO DE ENFERMEDAD *(debe ser completado solamente en aplicación inicial)*

Fecha de terminación de cobertura del seguro de enfermedad _____

Fecha que usted eligió a continuar su cobertura. (Fecha que usted notificó en escrito al Empleador/Administrador del Plan que usted elige continuar la cobertura) _____

Compañía de Seguro _____ Núm. de Grupo _____ Núm. de Poliza _____

Cantidad de premio para continuar seguro Solamente para el Apicante \$ _____

(PARA CONTINUAR COBERTURA PARA DEPENDIENTES USTED DEBE HACER PAGOS DIRECTAMENTE AL EMPLEADOR/ ADMINISTRADOR DEL PLAN)

Si se sabe, la fecha del primer pago _____ Premio Debido: Mensual _____ Trimestral _____

Cheque pagadero a: _____
Nombre

Mandar Pago de Premio a:

Nombre _____ Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código _____

SI ES DISPONIBLE, APEGUE UNA COPIA DE LA FACTURA QUE RECIBIO PARA CONTINUAR SU SEGURO.

¿Si no podemos alcanzarle, hay alguien con quien podemos hablar concerniente su participación en este programa?

Sí No Nombre: _____ Núm. de Teléfono _____

¿Podemos dejar un mensaje con esta persona? Sí No

Declaración del Asegurado:

Yo certifico que la información que he dado es verdadera y exacta según me entender, y entiendo que esta información esta sujeta a verificación por el estado. Yo me acuerdo a revelar al Departamento de Servicios Sociales cualquiera información financiera y medica que el departamento necesitará para administrar el programa. Yo notificaré al departamento dentro de 10 días si regreso al trabajo, o si hay algún cambio en mi ingreso, mis bienes o el tamaño de mi familia.

Yo entiendo que si no estoy satisfecho con la acción tomada, tengo el derecho de pedir una audiencia dentro de 60 días desde la fecha del aviso de la acción, si escribo a: Office of Legal Counsel, Regulation, and Administrative Hearings, State of Connecticut, Department of Social Services, 25 Sigourney Street, Hartford, Connecticut 06106-5033. También puedo llamar al (860) 424-5760 o llamada gratis 1-800-462-0134 para más información sobre una audiencia.

Firma _____
(Apicante o padre del aplicante si tiene menos de 18 años de edad) _____ *(Fecha)*

EL PROGRAMA DE ASISTENCIA DE MEDICAMENTOS PARA SIDA EN CONNECTICUT (CADAP)

CADAP puede pagar para ciertas drogas para tratar condiciones relacionadas con el SIDA/HIV. Usted puede ser elegible para esta asistencia.

¿Desea solicitar para la asistencia del CADAP? Sí No

ESTA INFORMACION ESTA DISPONIBLE EN DIFERENTES FORMAS. TELEFONO (800) 842-1508 O TDD/TTY (800) 842-4524.

PROGRAMA DE ASISTENCIA DE SEGURO DE CONNECTICUT PARA PACIENTES CON EL SIDA

(FAVOR DE IMPRIMIR) FAVOR DE COMPLETAR Y DEVOLVER ESTE FORMULARIO A: 25 SIGOURNEY STREET, HARTFORD, CT 06106-5033. ATTN: ADULT SUPPORT.

APLICANTE

Apellido _____ Primer Nombre _____ Inicial _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____
Número de Teléfono _____

Con la presente yo autorizo a este medico a dar al Departamento de Servicios Sociales mis archivos médicos necesitados para la administración de este programa. _____
Firma *Fecha*
(Aplicante o padre de aplicante si tiene menos de 18 años de edad.)

PARA SER COMPLETADO POR EL MEDICO DEL APLICANTE:

Physician's Last Name _____ Physician's First Name _____
Office Address _____ Town _____ State _____ Zip _____
Telephone No. _____ Physician's License No. _____

In addition to a positive lab test indicating the presence of the HIV virus, the person has been diagnosed with one or more of the following conditions: *(Please Circle YES or NO for Each Condition.)*

- | | | | | | |
|-----|----|--|-----|----|-----------------------------------|
| YES | NO | CD4 + T-lymphocyte count < 200 cells per UL or a CD4 + percent < 14 of total lymphocytes | YES | NO | Histoplasmosis |
| YES | NO | Cryptosporidiosis | YES | NO | Other Mycobacteriosis |
| YES | NO | Candidiasis | YES | NO | Tuberculosis |
| YES | NO | Progressive Multifocal Proleukoencephalopathy | YES | NO | Pneumocystis Carinii |
| YES | NO | Cytomegalovirus | YES | NO | Pneumonia, Recurrent |
| YES | NO | Lymphoid Interstitial Pneumonia (LIP) | YES | NO | Chronic Anemia due to HIV Disease |
| YES | NO | Coccidioidomycosis | YES | NO | HIV Wasting Syndrome |
| YES | NO | HIV Encephalopathy (Dementia) | YES | NO | Other Bacterial Infection |
| YES | NO | Isosporiasis | YES | NO | Herpes Simplex Virus |
| YES | NO | Peripheral Neuropathy | YES | NO | Lymphoma |
| YES | NO | Cryptococcosis | YES | NO | Renal Disease (ESRD) |
| YES | NO | Persistent Generalized Lymphadenopathy | YES | NO | Idiopathic Thrombocytopenia (ITP) |
| YES | NO | Kaposi's Sarcoma | YES | NO | Thrombocytopenic Puerpura (TTP) |
| YES | NO | Toxoplasmosis | YES | NO | HIV Cardiac Disease |
| YES | NO | Salmonellosis | YES | NO | Invasive Cervical Cancer |
| YES | NO | Apthous Ulcers | YES | NO | Other Cancer Not Listed |
| | | | YES | NO | Pancreatitis of Unknown Origin |

Physician's Statement:

I certify that the above medical information is true and accurate to the best of my knowledge. I also agree to furnish the Department with the patient's medical history, including laboratory results, if necessary to verify eligibility for the program.

Signature _____ Date _____

ESTADO DE CONNECTICUT
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES

PROGRAMA DE ASISTENCIA DE SEGURO DE CONNECTICUT PARA
PACIENTES CON EL SIDA
(CIAPAP)

Usted tiene que proveer prueba de cierta información para ser elegible y mantenerse elegible para la asistencia del CIAPAP.

A la hora de aplicación solamente:

Usted debe proveer prueba que su empleador le ha ofrecido y que usted ha aceptado la continuación de su seguro de enfermedad. Usted puede proveer cualquiera de los siguientes:

- una copia de la nota que recibió de su empleador o del administrador del plan de su seguro dejándole saber que usted puede continuar con su seguro de enfermedad.
- una copia de su aceptación por escrito de la continuación de su seguro de enfermedad.
- una declaración en escrito de su empleador o el administrador del plan de su seguro que provéa la fecha que usted paró de trabajar, la fecha que su seguro de enfermedad termina y la fecha que usted dijo a su empleador/administrador del plan de su seguro que usted quiere continuar con su seguro de enfermedad.

A la hora de aplicación y redeterminación:

Usted debe proveer prueba de:

- ingreso para cualquier miembro de familia. La prueba puede ser tales cosas como la más reciente ficha de sueldo, una declaración del empleador, una copia de un cheque de incapacidad o una carta de decisión.
- bienes de cualquier miembro de familia. Pruebas pueden incluir declaraciones del banco o de la unión de crédito, copias de cuentas de ahorros, copias de valores públicos/bonos.
- gastos médicos. Esto incluiría copias de facturas médicas que no están cubiertas por el seguro de enfermedad para servicios recibidos solamente en el mes de aplicación o redeterminación y copias de premios de seguro que no han sido pagados.

**Si tiene preguntas o quiere más información,
llame gratis al 1-800-842-1508.**